

31902N
O
Lane Medical Library
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

N° 30.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 9 février 1858,

Par GASPARD-ANTOINE BERT,

né à Époisses (Côte-d'Or),

ancien Élève des Hôpitaux de Paris.

DE LA HERNIE CRURALE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

rue Monsieur-le-Prince, 31.

1858

1858. — Bert.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.	MM.
Anatomie.....	BÉRARD.
Physiologie.....	GAVARRET.
Physique médicale.....	MOQUIN-TANDON.
Histoire naturelle médicale.....	WURTZ.
Chimie organique et chimie minérale.....	SOUBEIRAN.
Pharmacie.....	BOUCHARDAT.
Hygiène.....	DUMÉRIL.
Pathologie médicale.....	N. GUILLOT.
	J. CLOQUET.
Pathologie chirurgicale.....	DENONVILLIERS.
Anatomie pathologique.....	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales.....	ANDRAL.
Opérations et appareils.....	MALGAIGNE, Président.
Thérapeutique et matière médicale.....	GRISOLLE.
Médecine légale.....	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés.....	MOREAU.
	BOUILLAUD, Examineur.
Clinique médicale.....	ROSTAN.
	PIORRY.
	TROUSSEAU.
	VELPEAU.
Clinique chirurgicale.....	LAUGIER.
	NÉLATON.
	JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements.....	P. DUBOIS.
Secrétaire, M. AMETTE.	

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.	MM. LASÈGUE.
BARTH.	LECONTE.
BÉCLARD.	ORFILA.
BECQUEREL.	PAJOT.
BOUCHUT, Examineur.	REGNAULD.
BROCA, Examineur.	A. RICHARD.
DELPECH.	RICHET.
DEPAUL.	ROBIN.
FOLLIN.	ROGER.
GOSSELIN.	SAPPEY.
GUBLER.	TARDIEU.
GUENEAU DE MUSSY.	VERNEUIL.
JARJAVAY.	VIGLA.

A LA MÉMOIRE
DE MA MÈRE
ET
DE MA SOEUR CLÉMENCE.

Regrets sincères.

A MON PÈRE.

Amour filial.

A MON FRÈRE BERT
ET A MA BELLE-SOEUR ADÈLE.

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MON FRÈRE CLÉMENT
ET A MA BELLE-SOEUR MARGUERITE.
A MA BELLE-MÈRE ET A MA SOEUR.

A MES NIÈCES.

A MES AUTRES PARENTS.

A MES AMIS.

A LA MEMOIRE

DE MA MERE

A M. MARGUERITE

ET

DE MA SORUR CLEMENCE

LE 15 JANVIER 1850

A MON FRERE BERT

ET A MA BELLE-SORUR ADELLE

A MON FRERE CLEMENT

ET A MA BELLE-SORUR MARGUERITE

A MA BELLE-MERE ET A MA SORUR

A MES AUTRES PARENTS

A MES AMIS

A M. MALGAIGNE,

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie impériale de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX,

MM. DEVERGIE, MICHON, MARROTTE.

Profonde reconnaissance pour l'instruction que j'ai reçue d'eux.

A M. RICHEL,

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Je prie MM. PAJOT, DUMAY, MARTIN-DAMOURETTE, de recevoir
mes sincères remerciements pour les savantes leçons qu'ils
m'ont données.

A. M. MALGAIGNE.

Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie impériale de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX.
MM. DEVERGIE, NICHON, MARROTTE.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A. M. RICHET.

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine,
Chevalier de la Légion d'Honneur.

Je prie MM. PASTEUR, DEBAY, MARTIN-BROUQUET, de recevoir
mes sincères remerciements pour les savantes leçons qu'ils
m'ont données.

DE LA

HERNIE CRURALE.

DÉFINITION.

La hernie crurale est celle qui se fait par le canal crural; son siège naturel est le pli de l'aîne, et l'ouverture qui lui donne passage est connue sous le nom d'*anneau* ou de *canal crural* (Velpeau, *Médec. opérat.*, t. II, p. 476).

HISTORIQUE.

Breschet (thèse de concours, *Mérocèle*, 1819) lui donne une origine ancienne. « C'est une erreur, dit-il, de croire que les anciens ne connaissaient point la hernie crurale : Paul d'Égine en parle en termes assez clairs, et Freind, dans son *Histoire de la médecine*, reconnaît que Paul d'Égine a désigné la hernie fémorale de manière à ne laisser aucun doute sur la connaissance qu'il avait de cette maladie. »

Cependant les auteurs font remonter moins haut son origine; ainsi M. Velpeau dit qu'elle n'a guère été distinguée de la hernie inguinale que depuis Barbette, Nuck et Verheyen (Velpeau, *Médec. opérat.*, article *Hernie crurale*).

Il s'est passé bien des siècles, dit M. Malgaigne (*Moniteur des hôpitaux*, 1854; *Historique de la hernie crurale*, p. 476), avant que, dans l'aîne, on reconnût autre chose que des hernies inguinales.

Vers 1670, Nicolas Lequin, en signalant les différences des her-

nies, s'exprime ainsi : « Il s'en trouve où l'ouverture est très-près de l'os pubis ; une autre se trouve fort haut dans l'aine et à côté ; il y en a au pli de la cuisse, où il y a difficulté à appliquer le bandage ; celles-là se rencontrent plus ordinairement aux femmes qu'aux hommes. » Et, dans un autre passage, il signale les petites hernies comme les plus à craindre. Il est fâcheux que le nom de hernie crurale ne soit pas prononcé.

Vers la même époque, Barbette, chirurgien d'Amsterdam, indique la direction spéciale de la hernie crurale, mais ne lui donne pas de nom.

En 1710, Verheyen (*Corporis hum. anatomia*, 2^e éd. ; Bruxelles, 1710) révèle son siège anatomique.

Vers 1720, Garengot expose son histoire dans des cours publics qu'il fait à Paris, et lui donne le nom qu'elle porte encore aujourd'hui. On attribue donc à Garengot l'honneur de la découverte. Cependant Freind semble le lui contester, en disant que ce que Garengot avait dit de la hernie crurale avait été expliqué, il y avait quatorze ans, dans une assemblée publique. Veut-il par là faire allusion aux cours publics professés, vers le même temps, par J.-L. Petit, dans lesquels il exposait, au grand amphithéâtre de l'École de Médecine de Paris, ses idées si neuves et si originales sur les hernies ? C'est ce que l'on ignore.

Quoi qu'il en soit, la hernie crurale a été découverte en France, et vulgarisée, enseignée pour la première fois à Paris. Garengot publie son traité des opérations ; à peine a-t-il paru, qu'on voit la hernie crurale prendre place dans tous les traités de pathologie et de médecine opératoire.

Mais le siège anatomique de la hernie et l'ouverture qui lui donne passage étaient assez mal désignés. Ainsi Garengot dit que « sous le ligament de Fallope, il y a un passage de deux travers de doigt de large, et qui ressemble à une ouverture ovulaire, qui n'est occupée que par les tendons des muscles psoas et iliaque, et par les vaisseaux cruraux, et qui n'est fermée en dedans que par le péritoine simple-

ment. » Et il en conclut « que la hernie crurale se fait plus facilement que l'inguinale, parce qu'elle passe par un orifice plus grand et qui offre moins de résistance que l'anneau de l'oblique extérieur. »

Pott, sans se préoccuper des tendons du psoas et iliaque et des vaisseaux cruraux, la fait passer par ce vaste orifice compris entre le ligament de Fallope et l'os iliaque.

Sabatier la fait passer au devant du tendon du psoas et iliaque réunis et des vaisseaux cruraux.

Vers 1768, Gimbernat, chirurgien espagnol, découvre le ligament qui porte son nom, et lui fait limiter en dedans l'anneau crural, de telle sorte qu'on ne pouvait plus dire, avec Richter, que la hernie sortait par l'angle interne ou inférieur de l'arcade, puisque cet angle était bouché par le ligament de Gimbernat.

Avec des notions anatomiques aussi peu avancées, il est clair que le diagnostic de la hernie devait être peu avancé.

Garengéot ne s'en occupe pas ; Arnaud paraît l'ignorer. Heister, le premier, s'en est occupé, en disant que la hernie crurale se fait dans le pli de l'aîne même, l'inguinale un peu au-dessus, et que la crurale est ordinairement un peu plus petite et plus ronde que l'inguinale.

Il faut véritablement arriver jusqu'à A. Cooper pour trouver des signes rationnels et pratiques, que les chirurgiens ont mis à profit, et que je ferai connaître à l'occasion du diagnostic différentiel de la hernie crurale.

Pelletan, en 1810, attire l'attention sur la difficulté et l'urgence du diagnostic, mais ne l'éclaire pas beaucoup.

Boyer, dans sa pathologie chirurgicale, différencie les hernies ; mais les moyens qu'il préconise sont insuffisants dans les cas difficiles.

Dupuytren (*Médecine opérat.*, t. III, p. 616 ; 1832) dit que le diagnostic de la hernie crurale et de la hernie inguinale est assez facile ; mais les signes tirés du volume, de la forme, et du siège de la tu-

meur, qu'il donne pour caractères différentiels, signes vrais d'ailleurs, comme ceux de Boyer, dans beaucoup de cas, ne peuvent plus servir dans les cas embarrassants.

M. Amussat a cherché à apporter plus de précision que ses devanciers, en découvrant un signe nouveau que j'aurai occasion d'examiner.

Mais le chirurgien qui a porté le diagnostic de la hernie crurale à son plus haut degré de certitude, est sans contredit M. le professeur Malgaigne. Ses leçons cliniques sur les hernies, son mémoire sur les causes et le développement de la hernie crurale, inséré dans son journal de chirurgie, t. VI, 1849; ses cours sur les hernies, professés à la Faculté de Médecine et publiés dans le *Moniteur des hôpitaux*, 1854, ont jeté les plus vives lumières sur toutes les questions relatives aux hernies. Mais, il faut le dire, c'est à l'anatomie pathologique et surtout à l'anatomie chirurgicale que peuvent se rapporter les belles découvertes qui ont porté la pathologie et la thérapeutique des hernies au plus haut degré de perfection. Les travaux de Camper, Sandifort, Gimbernat, Hey, Hesselbach, A. Cooper, Scarpa, et de MM. J. Cloquet, Velpeau, Malgaigne, etc., sont ceux qui contribuent principalement à ces progrès.

ANATOMIE DE LA RÉGION CRURALE.

Avant d'entrer en matière, je pense qu'il n'est point inutile de rappeler en quelques mots les points anatomiques les plus importants de la région crurale, qui a tant occupé les anatomistes, et de laquelle ils ont donné des descriptions si différentes.

De l'épine iliaque antéro-supérieure, part le ligament de Fallope, qui va s'insérer sur l'épine du pubis; on a ainsi un large espace triangulaire, fermé en avant par ce ligament, en dehors par le bord antérieur de l'os des iles, et en arrière par la branche horizontale du pubis. Cet espace est comblé en dehors par les muscles psoas et

iliaque, renfermés dans leur gaine aponévrotique, ainsi que le nerf crural; en dedans, ce même espace est encore rétréci par les fibres réfléchies du grand oblique, qui vont s'insérer derrière l'épine du pubis, en confondant leurs fibres avec le ligament de Gimbernats.

Il reste donc un espace irrégulièrement quadrilatère, limité en dehors par le fascia iliacé; en dedans, le bord concave du ligament de Gimbernats; en avant, la partie intermédiaire de l'arcade crurale, et en arrière, la branche du pubis.

En outre, le grand triangle que nous avons vu tout à l'heure renferme, à la partie la plus externe, la gaine des vaisseaux fémoraux, l'artère située plus en avant et en dehors, la veine plus en arrière et plus en dedans.

Que reste-t-il maintenant?

Un petit espace très-rétréci, par où se forment les hernies crurales; c'est l'ouverture supérieure du canal crural des auteurs, et que j'appellerai, avec M. Richet, l'embouchure de l'infundibulum ou de l'entonnoir crural, et que je limiterai de la manière suivante :

En dehors, par la paroi interne de la gaine des vaisseaux fémoraux; en arrière, par une portion du pubis; en dedans, par le bord concave du ligament de Gimbernats, et en avant, par la portion correspondante de l'arcade fémorale.

Quant aux parois de cet infundibulum, nous avons, en dehors, la paroi interne de la loge artérioso-veineuse, en arrière et en dedans, le feuillet profond de l'aponévrose fémorale, qui, après avoir pénétré dans le triangle inguinal proprement dit, et avoir tapissé la face postérieure des vaisseaux fémoraux, va rejoindre en dedans le bord externe du pectiné, et s'insérer en haut au ligament pubien de Cooper, qu'elle concourt à former.

Reste la paroi antérieure, la plus importante, sur laquelle les anatomistes ont le plus varié : c'est le feuillet antérieur de l'aponévrose de la cuisse, qui, formé de fibres aponévrotiques fermes, nacrées,

serrées au devant des vaisseaux, devient d'une texture plus lâche juste dans la partie qui recouvre exactement le canal crural, et semble constitué par des fibres celluleuses entre-croisées, criblées de nombreuses ouvertures; c'est le *fascia crebriformis*, tour à tour nié et admis par les auteurs, et rattaché tantôt à l'aponévrose fémorale, tantôt au feuillet inférieur du fascia superficialis.

J'ai dit que ce feuillet était criblé de nombreuses petites ouvertures. C'est une erreur; ces ouvertures n'existent qu'après la dissection, et elles ne sont dues qu'au retrait, après la section, des vaisseaux artériels veineux et lymphatiques, qui font communiquer le système lymphatique superficiel avec le profond.

La veine saphène est le vaisseau le plus considérable et le plus important qui traverse le fascia crebriformis à la partie inférieure, pour se jeter, en décrivant une anse dont la concavité regarde en bas, dans la veine fémorale. Le trou qui persiste après la section de ce vaisseau a été considéré comme l'ouverture inférieure du canal crural; mais il est évident que cet orifice n'existe pas sur le vivant, et que par conséquent le canal crural n'a pas d'ouverture inférieure.

Maintenant qu'est-ce donc que la fosse ovale de Scarpa? On peut la produire à volonté. Il suffit, pour cela, de disséquer couche par couche la région de l'aîne de dedans en dehors, et d'enlever avec le feuillet profond du fascia superficialis ce fascia crébriforme avec lequel il contracte des adhérences si nombreuses par les vaisseaux qui les traversent l'un et l'autre. On obtient ainsi une ouverture elliptique allongée dans le sens vertical du membre, et le fameux repli falciforme d'Allan Burns ne sera que la portion plus épaisse, plus résistante, du feuillet antérieur de l'aponévrose fémorale circonscrivant la fosse ovale de Scarpa, se continuant par son extrémité interne avec l'aponévrose qui recouvre le pectiné en passant sous la veine saphène, et, en s'insérant par son extrémité externe recouvrant les vaisseaux fémoraux, à l'arcade de Fallope.

MM. A. Bérard et Manec n'admettent pas le canal crural, parce qu'ils ne tiennent pas compte de sa paroi antérieure : c'est à M. le professeur J. Cloquet que revient l'honneur d'avoir trouvé cette paroi antérieure ; il l'a très-exactement décrite dans sa thèse inaugurale en 1817 ; seulement ce célèbre anatomiste a admis un orifice inférieur au canal crural, en donnant pour tel le point où passe la saphène, et qui, pour le plus grand nombre des auteurs, n'existe qu'après la section de celle-ci.

Revenons à l'orifice supérieur. Il n'existe pas plus que l'inférieur. En effet, il est obturé par le péritoine et une partie du fascia transversalis, auquel M. le professeur J. Cloquet a donné le nom de *septum crural*. Ce sont là les deux barrières que la nature oppose aux organes de l'abdomen qui voudraient faire hernie.

DIVISION DE LA HERNIE CRURALE.

M. Velpeau (mémoire sur une nouvelle espèce de hernie ; *Annales de la chirurgie française*, t. I^{er}, p. 272) distingue trois espèces de hernies crurales, et voici les motifs sur lesquels est basée sa division : « Il existe, dit ce professeur, autant de dépressions au-dessous du ligament de Fallope qu'au-dessus. La première de ces dépressions se voit sur les côtés de l'artère iliaque externe, en dehors de l'artère épigastrique ; la seconde, ou l'orifice du canal crural proprement dit, est séparée de la première par les vaisseaux épigastriques et fémoraux. On en aperçoit une troisième sur la face postérieure de la plaque concave connue sous le nom de *ligament de Gimbernat*. Des hernies se sont engagées dans ces trois points. M. J. Cloquet a vu sur le cadavre, et j'ai vu de mon côté, des pièces préparées par A. Thomson de hernie crurale *externe*. Une hernie crurale *interne* a été opérée et démontrée par M. Laugier, qui m'a mis à même d'en

examiner la pièce. Quant aux hernies crurales moyennes, chacun en connaît la fréquence.»

D'où trois espèces de hernies :

1° *Hernie crurale externe*. Elle se fait par la fossette externe, et se trouve située en dehors de l'artère épigastrique; A. Cooper, Thomson, MM. J. Cloquet et Velpeau, l'ont observée; M. Demeaux (*Annales de la chirurgie française*, t. 1^{er}, p. 475) en rapporte deux exemples observés sur le cadavre.

2° *Hernie crurale interne*. Elle se fait à travers le ligament de Guimbernac et est située en dedans de l'artère ombilicale; M. Laugier, le premier, en a rapporté des exemples dans les *Archives générales de médecine*, mai 1833, 2^e série, t. II, p. 27; en 1836, M. le professeur Cruveilhier en a vu deux cas sur le cadavre de vieilles femmes; M. Demeaux (*Annales de la chirurgie française*, t. 1^{er}, p. 476) en a aussi observé un cas sur le cadavre.

3° *Hernie crurale moyenne*. Elle se fait dans la fossette moyenne, et s'engage dans le canal crural. C'est, des trois espèces, de beaucoup la plus fréquente.

M. Demeaux (thèse de Paris, 1843, *des Hernies crurales*) admet complètement la division de M. le professeur Velpeau.

M. Malgaigne (*Revue médico-chirurgicale de Paris*, t. VI, p. 86), préoccupé surtout du mode de développement de la hernie, admet qu'elle passe par trois phases ou degrés.

Ces trois degrés sont les suivants :

1^{er} degré ou *la pointe*. Constitué par un léger enfoncement du péritoine, dans lequel les viscères s'engagent.

2^e degré ou *hernie crurale interstitielle*. Les viscères s'enfoncent davantage dans le canal crural.

3^e degré ou *hernie complète*. Les viscères sont sortis du canal.

Mais, comme l'ouverture de sortie est très-variable, la hernie présente aussi de nombreuses variétés.

D'où M. Malgaigne admet trois principales variétés :

1° L'une très-rare, observée sur le cadavre par MM. Laugier, Cruveilhier et Demeaux, qui traverse le ligament de Gimbernat.

2° L'autre, signalée pour la première fois par Béchard, qui sort par le trou de la saphène.

3° Enfin la plus commune de toutes, qui sort immédiatement au côté externe du ligament de Gimbernat.

Actuellement, quel ordre vais-je adopter ?

Voici comment s'exprime M. Richèt (*Anatomie médico-chirurgic.*, p. 306) au sujet de la classification des hernies adoptée par M. le professeur Velpeau. « Tout en admettant la légitimité de cette distinction fondée sur des faits irrécusables, j'ai hâte d'ajouter, afin qu'on ne soit point tenté d'y attacher une importance plus grande qu'elle ne mérite, que l'on connaît à peine sept ou huit cas de hernies crurales externes, et cinq ou six de crurales internes, chiffre bien minime si on le compare à celui des hernies crurales moyennes. »

Ces exceptions ne sauraient donc renverser la loi générale qui dit que c'est par l'entonnoir crural que se font les hernies crurales.

Je me propose, dans ce travail, d'envisager les trois degrés de la hernie la plus commune ; c'est assez dire que ma description va s'adresser spécialement à celle qui passe par le canal crural. Mais, avant d'en exposer la marche et de faire connaître le mécanisme de sa formation, je pense qu'il n'est point inutile d'examiner de suite quels sont les viscères qui peuvent la constituer.

Viscères qui peuvent se rencontrer dans la hernie crurale.

La hernie crurale est le plus fréquemment formée par l'intestin grêle et surtout par l'iléon; le gros intestin peut aussi la constituer (Breschet, thèse de concours, *Mérocèle*, 1819).

Il n'est pas rare de trouver dans la tumeur le cæcum ou le côlon, mais plus souvent à droite qu'à gauche (Sabatier, *Méd. opér.*, t. I, p. 143, 1^{re} édit.).

Martin a vu dans une hernie crurale gauche l'épiploon, l'iléon, le jéjunum, le mésentère et l'S iliaque du côlon (*Journ. de médéc.*, t. XXIX, p. 169).

Simon et Levret ont observé sur la même femme deux hernies de vessie dans les deux anneaux cruraux.

Chopart et Desault ont observé, sur une femme hydropique, une hernie de vessie par l'anneau crural du côté droit, vers lequel l'urèthre était entraîné (Sabatier, *Traité des maladies chirurgicales*, t. II, p. 299).

Marrigues a trouvé, dans la tumeur, l'appendice cæcal; M. Richet a observé un cas semblable à la Pitié; je l'ai rapporté plus loin.

Heister a rencontré l'ovaire dans une hernie crurale; Arnaud, le testicule.

M. le professeur Lallement (Bulletins de la Faculté de médecine de Paris) a vu, sur une femme qui portait deux hernies crurales, l'épiploon et la trompe utérine à droite; il a aussi trouvé, sur le cadavre d'une vieille femme de 82 ans, une hernie fémorale qui existait depuis quarante ans, et qui contenait la matrice, les ovaires, les trompes, une partie du vagin, et deux kystes isolés.

A. Cooper a fait représenter dans une gravure l'utérus engagé dans l'orifice du sac herniaire.

M. J. Cloquet a publié l'observation d'une hernie graisseuse intéressante qui occupait le canal crural.

D'où l'on voit qu'à l'exception de l'estomac, du foie, du rein, de

la rate, du côlon transverse, du pancréas et du duodénum, tous les autres viscères renfermés dans la cavité abdominale peuvent entrer dans la composition des hernies crurales ; mais, il faut le dire, les hernies de beaucoup les plus fréquentes sont celles de l'intestin grêle.

Évolution de la hernie crurale.

La hernie crurale, dit M. Malgaigne, se développe lentement, en passant par trois degrés ; jamais elle ne se produit brusquement. Cependant la plupart des malades disent que leur hernie est venue à la suite d'efforts ; c'est qu'ils ne s'en sont aperçus que quand elle était sortie ; ils ne s'en aperçoivent pas quand elle est à l'état de pointe, mais même quand elle est dans le canal. (*Monit. des hôpit.*, 1854 ; cours de M. Malgaigne sur la hernie crurale.)

Dans cette étude, je suivrai l'ordre tracé par M. le professeur Malgaigne, et examinerai successivement les trois degrés de la hernie.

1^{er} degré. En décrivant le canal crural, j'ai dit que son orifice supérieur était fermé par le péritoine et le fascia transversalis, qui empêchaient les viscères de sortir de l'abdomen. Mais cette barrière n'est point infranchissable, et l'intestin peut la refouler devant lui, et s'engager quelque peu dans l'infundibulum. A ce moment, la hernie est constituée ; c'est la pointe de hernie de M. Malgaigne. Elle ne fait aucune saillie à l'extérieur, et on ne la voit pas même en faisant tousser le malade. Le toucher seul peut déceler sa présence. En effet, en appliquant la pulpe du doigt indicateur au-dessous de l'arcade crurale, au côté interne des vaisseaux fémoraux, on ressent une impulsion caractéristique après chaque effort de toux. Tant que la hernie reste au premier degré (la pointe), le sac ressemble à un léger enfoncement. M. J. Cloquet a décrit des sacs dont la cavité pouvait contenir tout au plus un pois. L'entrée du sac est plus large que son

fond ; le collet n'existe pas, par conséquent ; l'étranglement ne peut avoir lieu. La pointe met très-longtemps avant de passer à l'état de hernie interstitielle, c'est-à-dire d'entrer dans le canal.

2^e degré ou *hernie interstitielle*. Après avoir déprimé la portion supérieure du canal, l'intestin finit par s'enfoncer plus ou moins loin dans son intérieur, et vient se placer au devant du feuillet aponévrotique qui forme la gaine du muscle pectiné, le long du côté interne des vaisseaux fémoraux ; c'est ce qui constitue le deuxième degré de la hernie ou la hernie crurale interstitielle, décrite pour la première fois par A. Cooper en 1806.

Elle peut, dit M. Malgaigne (*Revue médico-chirurgicale*, t. VI, p. 87), sans sortir du canal, se prolonger plus ou moins loin dans son intérieur, et dès lors offrir diverses formes ; ainsi elle peut être allongée en travers, parallèlement à l'arcade, ou au contraire allongée de haut en bas, dans la direction du canal ; ou bien elle peut prendre une forme arrondie, comme hémisphérique, ou conoïde, à base supérieure, ou piriforme, à base inférieure.

Elle soulève les téguments à chaque effort de toux ; elle diminue par le repos, et surtout dans le décubitus horizontal ; elle est assez profondément située près des vaisseaux, mal circonscrite, et confond sa circonférence avec les téguments voisins. Cependant il peut arriver que, par l'amincissement, la distension du fascia crebriformis, elle fasse saillie sous la peau, sans pour cela être sortie du canal. Sa réduction est facile. — Tant que l'intestin reste dans le canal, en y conservant sa forme, le sac se moule sur lui, et n'a point encore de collet ; par conséquent, point d'étranglement à craindre. Mais, si, comme je viens de le dire à l'instant, l'intestin dilate en amincissant et en distendant, sans la rompre, la paroi formée par le fascia crebriformis, le sac le suit dans son expansion, et alors présente une partie rétrécie, qui est son collet, de telle sorte qu'on conçoit que la hernie interstitielle puisse s'étrangler.

3^e degré ou *hernie complète*. Une fois renfermé dans l'intérieur du canal, l'intestin fait effort sur toutes les parois à la fois, et si la force qui tend à le chasser au dehors est supérieure à la résistance de l'une d'elles, il sortira pour se porter dans une autre direction. Or c'est ce que l'on observe; la paroi la plus faible, c'est l'antérieure, formée par le fascia crebriformis; c'est donc elle qui cède le plus souvent, et l'intestin passe par une de ses éraillures ou par un de ses orifices préalablement dilatés; la hernie est alors complète, car elle est sortie du canal.

Le plus souvent, elle sort au-dessous du ligament de Fallope, par un des trous du fascia crebriformis, situé au côté interne du ligament de Gimbernath. M. Després prétend que communément elle sort par un trou, à peu près constant, situé immédiatement au-dessous du ligament de Gimbernath. Quelquefois elle sort par plusieurs trous à la fois. Ainsi M. le professeur J. Cloquet en a fait voir une qui sortait par deux trous; M. Malgaigne en a vu une qui sortait par cinq trous. Hesselbach a observé un cas analogue.

Je viens de dire que la hernie sortait par un des trous du fascia crebriformis. C'est vrai généralement, mais il y a quelques exceptions; ainsi Béclard l'a vue s'engager par le trou de la saphène; M. le professeur J. Cloquet l'a vue sortir par une ouverture de la paroi postérieure du canal: elle reposait immédiatement sur le muscle pectiné, et avait au-devant d'elle l'artère et la veine fémorale, dont elle était séparée par le feuillet profond de l'aponévrose fasciata. M. Richet a disséqué une hernie crurale, dans laquelle on voyait une portion de l'épiploon, qui, après avoir traversé l'aponévrose pectinéale, s'était mise en rapport immédiat avec les fibres de ce muscle.

La hernie complète est généralement arrondie, d'un petit volume, et siège juste au-dessous de l'arcade. « Elle fait quelquefois si peu de relief, même en cas d'étranglement, que c'est à grand-peine que le toucher parvient à la reconnaître; elle peut aussi devenir beaucoup plus considérable; alors elle refoule en haut l'arcade cru-

rale par son pédicule, tandis qu'elle remonte elle-même au devant; et dans cet état elle affecte généralement la forme d'un œuf dont le grand diamètre serait parallèle au pli de l'aine. (*Revue medico-chirurgicale; Mémoire sur les causes et le développement des hernies crurales*, par M. Malgaigne, p. 88.)

Scarpa pensait que cette direction était due uniquement à la flexion répétée du membre inférieur.

Une fois formée, la hernie tend à se porter vers la partie externe et supérieure, bien plus que dans le sens opposé, ce qui tient à l'adhérence plus grande du fascia sous-cutané en dedans ou en dehors et en bas, que du côté du ligament du Fallope (Velpeau, *Méd. opérat.*, t. IV; *Formation de la hernie crurale*). C'est ainsi qu'Arnaud et Savary ont vu la hernie se porter jusqu'à 2 ou 3 pouces du côté de l'os iliaque. Cependant la hernie ne suit pas toujours cette direction; parfois elle reste au lieu de sa sortie. M. Malgaigne l'a vue une fois se porter directement en dedans, du côté du scrotum.

Monro l'a vue dirigée en haut et en dedans, et il dit que lorsqu'elle est réfléchie sur l'arcade crurale, dirigée obliquement et d'un volume assez grand, cette tumeur, dont le col peut être comprimé, ressemble au cordon testiculaire et peut être prise pour une hernie sus-pubienne.

Parvenue à un très-grand volume, la hernie finit ordinairement par vaincre la résistance que lui oppose en bas l'adhérence du fascia sous-cutané à l'aponévrose; elle s'allonge en bas dans le sens vertical, devient piriforme à sommet dirigé en haut répondant au canal crural, à base s'étendant plus ou moins loin au devant de la cuisse. Lawrence cite une hernie crurale qui descendait plus bas que la partie moyenne de la cuisse, elle avait 19 pouces de long sur 27 de circonférence, et contenait presque tout le canal intestinal. Scarpa a eu occasion de disséquer, sur le cadavre d'une femme, une hernie crurale, d'un volume énorme, qui descendait jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, et il observa que le col du sac n'empiétait nullement sur les vaisseaux cruraux, mais qu'il était situé

tout entier à leur côté interne. Pelletan rapporte des cas de ce genre. M. Malgaigne en a vu qui descendaient jusqu'à moitié de la cuisse. Portée à ce point, outre la gêne qu'elle occasionne, elle détermine surtout de l'œdème, des varices, de l'engourdissement, des douleurs vives, dues à la compression qu'elle exerce sur les vaisseaux et les nerfs des membres.

En outre, la peau qui recouvre la tumeur, parvenue à un grand volume, est tellement amincie, distendue, qu'on voit à travers son épaisseur le relief des circonvolutions intestinales et leurs mouvements. Hey et le D^r Thompson ont observé deux fois ces phénomènes.

Le sac herniaire suit dans son évolution toutes les péripéties successives des viscères (Richet). J'ai exposé en quelques lignes comment il se comportait dans les deux premiers degrés de la hernie, je vais le suivre brièvement dans le troisième. Lorsque la hernie est sortie du canal crural par déchirure ou dilatation d'un des trous du fascia crebriformis, c'est à cet endroit que le sac sera resserré qu'il présentera son collet; et quelque direction que prenne la hernie, qu'elle se porte en dehors et en haut, ou bien en dedans ou en bas, le fond du sac se développant proportionnellement au volume des viscères herniés, la partie rétrécie, c'est-à-dire son collet, siègera toujours au niveau du fascia crebriformis. Quand la hernie est petite et récente, le sac est quelquefois d'une ténuité extrême, en sorte que dans l'opération on le déchire presque toujours sans s'en apercevoir, si l'on n'y apporte une grande attention (Boyer).

Toutes les hernies crurales ne sont point pourvues de sac : telles sont celles qui sont constituées par des organes incomplètement enveloppés par le péritoine; les hernies du cæcum et de la vessie sont dans ce cas.

A ce propos, je citerai le fait arrivé à M. Richet, à la Pitié, fait dont j'ai été témoin et qu'il rapporte lui-même dans son excellent ouvrage d'anatomie médico-chirurgicale, p. 908 et 909. Il s'agissait

d'une hernie étranglée chez un homme. L'habile opérateur, du premier coup de bistouri qui n'avait cependant strictement intéressé que la peau, préalablement soulevée et détachée de la couche sous-cutanée au moyen d'un pli, ainsi qu'on le recommande, vit s'écouler un liquide jaunâtre, épais, et qui avait l'odeur des matières fécales. C'était l'appendice vermiculaire du cæcum qui venait d'être intéressé; il s'était frayé un passage en entraînant avec lui le cæcum sans sac, à travers le fascia crebriformis, et était venu se loger dans l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané, avec lequel il avait contracté de nombreuses adhérences. Après les avoir disséquées et pratiqué le débridement, M. Richet réduisit le cæcum, en ayant soin de maintenir, à la surface de la plaie, le point intéressé sur lequel il avait préalablement appliqué une ligature. Le malade n'eut aucun accident et quitta l'hôpital quelques jours après, entièrement guéri.

Cependant, avant de terminer cet article, j'ajouterai que le cæcum, étant fort souvent enveloppé d'un mésocæcum, se trouve par conséquent fort souvent pourvu de sac herniaire. Ceci dit, je passe aux symptômes de la hernie crurale.

SYMPTÔMES DE LA HERNIE CRURALE.

En décrivant l'évolution de la hernie, j'ai signalé un certain nombre de symptômes, sur lesquels je ne reviendrai plus, ou que je ne ferai que rappeler brièvement.

La hernie au premier degré, ou la pointe, ne se voit pas; elle se perçoit à l'aide du doigt, auquel elle communique une impulsion caractéristique. J'ai indiqué plus haut la manière de la reconnaître.

La hernie interstitielle est visible; elle soulève les téguments pendant les efforts de toux; elle est située profondément près des vaisseaux fémoraux; elle transmet au doigt une impulsion caractéris-

tique ; elle diminue ou disparaît par le décubitus horizontal pour reparaître dans la position verticale ; elle est très-facile à réduire, il suffit de la repousser avec le pouce pour la faire rentrer dans l'abdomen.

Quant à la hernie complète, elle se présente généralement sous l'aspect d'une petite tumeur globuleuse, du volume d'une noisette ou d'une noix, située à la partie moyenne et un peu interne du pli de la cuisse, juste au-dessous de l'arcade. Si elle est petite et récente, elle est dure, arrondie, élastique ; la peau glisse facilement par-dessus. Si elle est plus considérable, par exemple grosse comme un œuf, elle change de forme et se dirige en dehors et en haut dans le sens du ligament de Fallope, qu'elle déborde même. Alors elle forme un angle plus ou moins aigu, ouvert en haut avec la partie restée dans le canal. Lorsqu'elle est très-volumineuse, comme j'en ai rapporté des exemples, elle cède à son propre poids et se dirige en bas dans le sens de la longueur de la cuisse. Elle suit cette direction quand elle sort par le trou de la saphène ; mais ici elle affecte une forme particulière, c'est la forme en bissac, et la portion sortie du canal apparaît divisée en deux par l'orifice veineux, comme par un rétrécissement demi-circulaire. (Malgaigne, *loc. cit.*)

La tumeur formée par la hernie crurale peut être unique ou multiple, selon qu'elle sort par un ou plusieurs trous du fascia crebri-formis. J'ai cité des exemples de ces tumeurs multiples, jamais cela ne s'observe dans la hernie inguinale.

La hernie réductible a les signes suivants : elle est souple, indolente, non fluctuante, sans changement de couleur à la peau, immobile à sa base, quand on lui imprime des mouvements de latéralité ; elle grossit dans les efforts de toux, disparaît quelquefois dans la position horizontale pour reparaître dans l'attitude verticale. Elle communique au doigt une impulsion caractéristique ; elle cède à la pression et rentre dans l'abdomen en bloc ou successivement, en faisant ou sans faire entendre un bruit particulier, le gargouille-

ment, reparait quand on cesse la compression ou qu'on fait tousser le malade. Tels sont les caractères généraux de la hernie crurale réductible et dégagée de toute complication.

Mais l'intestin et l'épiploon peuvent se rencontrer dans la hernie isolément ou simultanément.

L'entérocele est élastique, sonore également à la percussion, et présente tous les caractères mentionnés plus haut, mais il faut dire qu'elle provoque plus souvent que l'épiplocèle des troubles du côté des voies digestives.

L'épiplocèle est moins élastique, molle, pâteuse, rentre sans bruit et non tout à coup comme l'entérocele, mais successivement ; elle est plus compacte au toucher, et, à volume égal, plus pesante (Dict. en 30 vol., t. XV, art. *Hernie*). Elle constitue rarement seule la hernie.

Enfin l'entéro-épiplocèle participe de ces divers caractères, et présente un ensemble de signes appartenant aux deux espèces précédentes.

Lorsque ces tumeurs sont récentes, il est possible de les distinguer aux caractères que je viens de leur assigner ; mais leur ancienneté, la pression prolongée des bandages, et même l'irréductibilité, amènent des changements tels dans la consistance et l'épaisseur des parties, qu'il est quelquefois impossible de les reconnaître.

La hernie crurale présente, comme les autres hernies, un ensemble de troubles généraux ; ainsi elle donne lieu à des douleurs vagues, à de la gêne, à de la pesanteur dans l'aîne, à des digestions pénibles, à un sentiment de faiblesse et à des développements de gaz, surtout après l'ingestion de certains aliments, tels que légumes secs, choux, etc.

A. Cooper dit que les malades atteints de hernie crurale éprouvent de la douleur pendant l'extension de la cuisse. M. Malgaigne n'a jamais constaté ce fait, mais il a vu que ceux même qui n'ont que des pointes éprouvent une grande gêne dans l'aîne, lorsqu'ils sont debout. Certains individus accusent de la faiblesse dans le membre in-

férier du même côté, d'autres disent avoir le pied enflé le soir. Dans deux cas, M. Malgaigne a vu des varices se développer à la suite de la hernie. La gêne des mouvements de la cuisse et l'œdème du pied correspondant sont des signes propres à la hernie crurale (Boyer).

Diagnostic différentiel de la hernie crurale et de la hernie inguinale.

Au premier coup d'œil, il semblerait que l'on ne puisse jamais confondre ces deux espèces de tumeurs.

En effet, la forme, le siège et le trajet, sont différents : la hernie crurale est arrondie ou ovalaire transversalement, la hernie inguinale est piriforme et verticale ; la première siège au pli de l'aîne, au-dessous de l'arcade de Fallope, la seconde siège au-dessus de l'arcade, plus en dedans que la précédente ; l'une a un court pédicule, l'autre un long pédicule que peut mesurer toute l'étendue du canal inguinal. La première est la hernie du pli de l'aîne, la seconde est celle du scrotum ou de la grande lèvre. Tels sont les signes propres à l'oschéocèle et à la hernie crurale complète.

Mais ces signes différentiels sont-ils toujours aussi évidents ?

Assurément non, et quelquefois les signes tirés de la forme, du siège et du trajet de la tumeur peuvent induire en erreur et mettre en défaut la sagacité et l'habileté des plus grands maîtres.

Pelletan dit en propres termes : « J'ai opéré de ces hernies dont j'étais persuadé qu'elles avaient leur issue par l'anneau, et n'ai reconnu mon erreur qu'après avoir ouvert le sac » (*Clinique chirurg.*, t. III, p. 27).

Marjolin indique une cause remarquable de difficultés du diagnostic. Il a vu un homme qui portait une hernie descendue dans le scrotum ; on la prit pour une hernie inguinale ; elle était étranglée ; ce ne fut qu'après l'incision qu'on reconnut la hernie crurale : les nombreuses cicatrices que le malade portait à l'aîne avaient em-

pêché les parties herniées de soulever la peau sous l'arcade fémorale. (Laugier, Dictionn. en 30 vol., t. XIII, p. 41.)

Ces erreurs s'expliquent à la vérité : ce sont des cicatrices du pli de l'aîne qui empêchent la hernie de se développer suivant la direction du canal, et de suivre son évolution habituelle.

Chez d'autres sujets, elles sont dues au relâchement du ligament de Fallope, ou bien à la présence d'un bourrelet graisseux, à la coïncidence de tumeurs lymphatiques ou autres, qui empêchent de distinguer avec précision le point de départ de la hernie (Velpeau, (*Méd. opérat.*, tome II).

Les auteurs sont unanimes pour dire que c'est surtout chez les femmes que le diagnostic offre le plus de difficultés.

Il faut signaler comme une des plus grandes difficultés du diagnostic, le cas où les deux hernies existent du même côté et forment une seule tumeur. Arnaud en cite une observation remarquable chez une jeune femme qui avait eu des couches très-laborieuses. La tumeur existait dans le pli de la cuisse, était fort saillante au dehors, et avait la forme d'un gros œuf de poule. A l'ouverture du sac, il trouva deux anses intestinales ; l'une d'elles était étranglée, non par le ligament de Fallope, mais par un petit faisceau de fibres tendineuses. Il est fort probable, dit Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, tome VIII, que ce petit faisceau n'était autre chose que le pilier externe ou inférieur de l'anneau inguinal, qui sépare cette ouverture de l'angle interne de l'arcade crurale.

Comment donc vaincre ces difficultés ?

Voici les moyens que recommandent les auteurs :

A. Cooper, qui le premier s'est occupé de ce diagnostic différentiel, conseille le moyen suivant :

Suivre avec le doigt le ligament de Poupart : si le col de la tumeur est situé au-dessus de ce ligament, la hernie est inguinale ; si au contraire il est au-dessous, elle est crurale.

Mais est-il toujours possible de suivre le ligament de Fallope ? Malheureusement non.

Chez les femmes qui ont fait beaucoup d'enfants, ce ligament est flasque, éraillé, et difficile à distinguer des autres rubans aponévrotiques ; et chez les sujets chargés d'embonpoint, il est difficile à atteindre. En outre, dit M. Malgaigne, le col de la hernie ne se sent pas généralement dans les petites hernies réductibles, et dans les hernies crurales irréductibles, il est souvent caché par la hernie même.

A. Cooper conseille un second moyen :

Chercher l'épine du pubis : si le col de la tumeur est en dehors et surtout s'il est en même temps au-dessous, c'est une hernie crurale ; si la tumeur est en dedans et en même temps au-dessus, elle est inguinale.

Mais dans les hernies inguinales interstitielles, le col de la tumeur est toujours en dehors de l'épine, et, dans bon nombre de hernies inguinales de l'aîne ou du scrotum, lorsque l'anneau est éraillé et que le pilier inférieur s'est laissé déprimer par la hernie, le collet est non-seulement en dehors, mais au-dessous de l'épine du pubis.

M. Amussat a imaginé un autre moyen pour éclairer le diagnostic : il prend deux points de repère, l'un à l'épine du pubis, l'autre à l'épine iliaque antéro-supérieure ; et tirant une ligne droite de l'un à l'autre ; il appelle *hernies inguinales* toutes celles qui sont au-dessus de cette ligne, et *hernies crurales* toutes celles qui sont au-dessous.

Mais M. Malgaigne fait observer qu'on risque encore de se tromper : le ligament de Fallope, affaibli, déprimé, entraîne avec lui le canal inguinal, qui se trouvera alors au-dessous de la ligne, et on risquera de prendre une hernie inguinale pour une crurale.

Boyer dit que la hernie crurale est ovale transversalement et occupe le pli de la cuisse, tandis que la hernie inguinale est pyramidale de haut en bas, et l'on sent toujours le cordon spermatique à sa partie postérieure.

Mais est-il possible de suivre le cordon spermatique chez la femme ?

Cette difficulté d'ailleurs n'avait point échappé à Boyer, et il dit, à ce sujet : « La distinction de ces deux espèces de hernie est plus difficile chez la femme que chez l'homme, à raison de l'absence du cordon spermatique et de la situation de l'anneau inguinal, qui est plus près de l'arcade crurale que chez l'homme. »

Mais, on le voit, Boyer signale la difficulté sans la résoudre.

Dupuytren dit aussi que la hernie crurale est globuleuse et arrondie, et qu'elle est située dans le pli de la cuisse : ceci est vrai jusqu'à un certain point, et ne l'est plus quand la hernie remonte au-dessus du ligament de Fallope.

M. Velpeau dit que, chez l'homme, on évitera l'erreur en suivant le cordon spermatique, attendu que, si le canal est libre, le doigt introduit dans son intérieur sentira toujours l'anneau, tandis que, s'il a réellement livré passage à la hernie, on l'en trouvera rempli. Chez la femme, cette ressource manque ; l'anneau, naturellement petit, l'absence de tout prolongement en dehors, fait qu'il est difficile d'en sentir la forme dans une foule de cas. (Velpeau, *Médecine opératoire*.)

M. Nivet a dit qu'en cherchant d'abord l'épine du pubis à travers les téguments, pour de là se porter insensiblement vers l'épine iliaque antéro-supérieure, en suivant le ligament de Fallope, on ne devait pas craindre de se tromper, en admettant pour hernies inguinales toutes celles situées au-dessus de cette ligne, et crurales celles situées au-dessous.

Les objections adressées à A. Cooper doivent s'appliquer à M. Nivet.

Avant d'en finir avec cette longue énumération et d'entrer avec M. Malgaigne dans le cœur de la question, je ne puis passer sous silence un signe que M. P. Boyer dit être pathognomonique ; ce signe, c'est le pli qui sépare chez l'homme la cuisse du scrotum, et chez la femme la cuisse de la grande lèvre ; ce pli persiste toujours, quel que soit le volume de l'une ou l'autre hernie, de sorte que la hernie crurale se trouve toujours en dehors de ce pli, et la hernie

inguinale toujours en dedans, chez l'homme dans le scrotum, chez la femme dans la grande lèvre. Et plus loin, à propos du diagnostic de la hernie inguinale et crurale chez la femme, il ajoute : « Cette disposition des parties existe toujours, de sorte qu'il n'est pas possible de se tromper quand on la connaît théoriquement et surtout quand on a vu des hernies. En un mot, on peut dire que la hernie crurale de la femme est dans le pli de la cuisse, et que la hernie inguinale est dans la grande lèvre. » (Notes de M. P. Boyer, 5^e édit., t. IV, p. 361 et 362.)

Il me semble que M. Boyer généralise trop.

Je viens de citer d'illustres chirurgiens; je viens d'énumérer successivement, en en critiquant bon nombre, les signes qu'ils ont découverts et recommandés pour arriver au diagnostic différentiel de la hernie crurale et de la hernie inguinale; il me reste maintenant à faire connaître les moyens découverts par un chirurgien non moins illustre et à l'aide desquels il a jeté de vives lumières sur la question qui va m'occuper.

Avant d'aborder ce diagnostic différentiel, M. Malgaigne pose comme règle générale que « les hernies se distinguent entre elles par leur point de sortie et par leur trajet. »

Quelquefois le trajet, quand il est bien accusé, suffit pour lever tous les doutes : ainsi une hernie descendue dans le scrotum ne sera pas prise pour une hernie crurale, pas plus qu'une hernie descendue par le trou de la saphène ne saurait être prise pour une hernie inguinale.

Mais, comme je l'ai dit, des anciennes cicatrices et certains états peuvent faire dévier les hernies de leur trajet et rendre le diagnostic obscur.

Alors M. Malgaigne conseille de se reporter aux anneaux, qu'on reconnaîtra à leur structure et à leurs rapports.

S'agit-il d'une hernie complète et réductible, le diagnostic est facile; il suffit, après la réduction, de porter le doigt dans le canal crural et de faire tousser le malade; si la hernie ne se produit pas

par le canal inguinal, qui est libre, mais tend au contraire à sortir par l'anneau sur lequel on a le doigt, la hernie est crurale. En répétant la même expérience sur le canal inguinal, on reconnaîtra la hernie de ce canal, si, après avoir fermé son orifice avec le doigt, elle ne se reproduit pas par le canal crural, mais fait effort contre le doigt qui l'empêche de sortir.

Mais quelquefois on peut prendre l'anneau inguinal dilaté pour l'anneau crural, grâce à l'éraillure du ligament de Fallope.

Dans ce cas, il faut se rappeler que dans l'anneau crural, l'artère est en dehors, le pubis en bas, le ligament de Fallope en haut; tandis que l'anneau inguinal n'a pas d'artère à son côté externe, et qu'il est limité en haut et en bas par deux cordons fibreux qui sont ses piliers.

Mais, si l'éraillure de l'anneau inguinal était portée à un tel point que le doigt introduit dans son intérieur sentît battre l'artère iliaque à son côté externe, et d'autre part que l'arcade crurale fût tellement relâchée qu'elle laissât le doigt arriver jusqu'au pubis; dans ce cas, dit M. Malgaigne, l'anneau inguinal offre une largeur inaccoutumée que ne présente jamais l'anneau crural; en outre, chez l'homme, le cordon spermatique conduit au canal inguinal; chez la femme, l'épine du pubis sert de guide, l'anneau inguinal étant situé en dedans et en haut.

S'agit-il maintenant d'une hernie irréductible à cheval sur le ligament de Fallope, chez une femme chargée d'embonpoint, dont on ne peut sentir ni le ligament de Fallope ni les anneaux.

Comment faire?

Voici le moyen proposé par M. Malgaigne.

En refoulant fortement la peau par-dessus la partie supérieure et interne de la hernie, on arrive sur l'épine du pubis et l'on peut juger si l'anneau inguinal est libre ou occupé par un pédicule dur et épais, tel que celui de toute hernie irréductible. D'une autre part, on refoule la peau au-dessous de la partie inférieure et moyenne de la tumeur, et l'on constate si l'anneau crural est libre ou occupé.

Ces deux moyens combinés et se contrôlant l'un par l'autre éclaircissent parfaitement le diagnostic.

Diagnostic des hernies interstitielles.

Soit une tumeur placée au milieu du pli de l'aîne un peu plus rapprochée du pubis, profonde, mal circonscrite, faisant saillie quand le malade tousse, rentrant et sortant avec facilité, l'anneau inguinal externe est libre, le ligament de Fallope est flasque, difficile à sentir, et la tumeur se trouve au-dessous de la ligne signalée par M. Amussat.

Il faut agir ici comme je l'ai indiqué à propos de la hernie complète et réductible, c'est-à-dire explorer les anneaux. On arrivera ainsi à un diagnostic précis.

Mais voici un cas plus difficile : « Il arrive quelquefois, dit M. Malgaigne, chez les femmes multipares qui ont le ventre fortement distendu, qu'une hernie inguino-interstitielle déprime tellement le ligament de Fallope que l'impulsion se transmet au doigt placé au-dessous de lui, et d'un autre côté qu'une hernie crurale le soulève tellement qu'elle fait une saillie au-dessus quand on ferme l'anneau crural. »

Voici le moyen qu'il propose pour sortir d'incertitude :

« On place le pouce en travers du canal inguinal en relevant le plus possible l'aponévrose du grand oblique et le ligament de Fallope, de manière à fermer absolument l'anneau inguinal interne en laissant l'anneau crural absolument libre. Le malade venant à tousser, si la hernie est purement inguinale, rien ne sortira, et le doigt indicateur, placé sous l'anneau crural, ne sentira même pas d'impulsion ; si elle est crurale, le doigt sera repoussé et sentira même le canal crural se dilater sous la pression de la hernie. »

Quant au diagnostic de la hernie qui sort par trois ou quatre trous, il n'offre pas de difficulté ; c'est une hernie crurale. Jamais la hernie inguinale ne se présente sous cet aspect.

Mais est-ce à dire qu'avec les signes indiqués par M. Malgaigne, signes certainement plus précis que les autres, on arrivera toujours au diagnostic ? Ce n'est point l'opinion du célèbre chirurgien, qui avoue lui-même n'avoir pas osé se prononcer dans un cas.

M. Velpeau, à l'occasion du diagnostic différentiel de la hernie inguinale (*Méd. opératoire*), s'exprime ainsi :

« On conçoit surtout que s'il s'agissait d'une hernie par éraillure du pilier externe de l'anneau, du ligament de Gimbernat, du bord supérieur du ligament de Poupart, l'incertitude du chirurgien pourrait être extrême. Il faut donc admettre que, dans quelques cas exceptionnels, les hernies inguinales et crurales peuvent être confondues assez facilement. »

M. Breschet (thèse de concours, *Mérocèle*, 1819) dit également qu'il est des cas où le diagnostic différentiel offre de grandes difficultés, et que l'on peut aisément se tromper.

On peut donc conclure avec M. Demeaux (thèse inaugurale, 1843, *des Hernies crurales*) qu'il y a des cas où le diagnostic est facile pour tout chirurgien instruit, et qu'il y en a d'autres où il est difficile pour les praticiens les plus habiles.

Mais ce n'est pas le tout d'avoir fait connaître le diagnostic différentiel de la hernie crurale et de la hernie inguinale ; il me reste encore à indiquer les tumeurs de l'aîne qui peuvent simuler des hernies crurales, et à faire connaître les moyens à l'aide desquels on parvient à les reconnaître. C'est ce que je vais essayer de faire à l'instant.

On peut confondre la hernie crurale avec :

- 1° Des hydatides ;
- 2° Des kystes ;
- 3° Le testicule descendu par l'anneau crural ;
- 4° L'anévrysme de la partie supérieure de l'artère fémorale ;
- 5° L'abcès par congestion ;
- 6° L'adénite ;
- 7° La varice de la veine saphène, etc.

1° *Hydatides*. L'observation 10, p. 117, de la thèse d'Auguste Bérard sur les erreurs du diagnostic, est relative à une tumeur trouvée sur le cadavre d'une vieille femme. Cette tumeur, placée immédiatement au-dessous du bord inférieur du ligament de Fallope, à égale distance de la symphyse du pubis et de l'épine iliaque antérieure et supérieure, était du volume d'une petite noix, très-élastique, ressemblait aux hernies marronnées, mais ne rentrait pas. On la prit donc pour une hernie; mais la dissection démontra qu'elle était formée par une hydatide un peu allongée et ovoïde qui avait contracté des adhérences avec le ligament de Fallope.

Autre observation (thèse de M. Mavré; Paris, 1831): Un malade avait à l'aîne une tumeur que l'on prenait pour une hernie crurale, Dupuytren reconnut un kyste au signe suivant: examiné à la lumière artificielle, la tumeur était transparente. Lorsqu'on l'ouvrit, il en sortit de la sérosité avec des hydatides; cette poche fut remplie de charpie, la guérison s'ensuivit.

Voici les caractères qu'on assigne généralement aux tumeurs hydatiques: une forme plus ou moins arrondie, un son plus ou moins mat, obscur à la percussion; elles sont fluctuantes et donnent une sensation particulière perçue à la fois par la main qui percute et par l'oreille, et qui a quelque analogie avec le frémissement que fait éprouver la percussion d'une montre à répétition. Ce dernier signe, indiqué par M. le professeur Piorry, est pathognomonique quand on le rencontre.

2° *Kystes*. La hernie non étranglée et réductible a été quelquefois confondue avec des kystes séreux, développés dans la région de l'aîne. Monro en cite plusieurs exemples (*On crural hernia*, p. 80). Béclard pensait que des kystes de diverses natures pouvaient exister dans le tissu graisseux de la région crurale et simuler une hernie. M. Manec, à ce propos, dit qu'il a eu occasion de voir une fois

un sujet qui portait un kyste rempli par de la sérosité, il était gros comme une petite noix et il était engagé dans l'anneau crural, mais il ne soulevait pas la peau d'une manière sensible ; et il ajoute que, si chez ce malade il était survenu une hernie crurale et qu'il eût fallu en venir à l'opération, la présence de cette poche séreuse eût pu induire en erreur, ou du moins embarrasser beaucoup le chirurgien, qui n'aurait pas été prévenu de son existence.

Après la rentrée des viscères, à la suite du taxis, il peut se faire que le collet du sac se fronce et s'oblitére. Si un sac dont le collet s'est ainsi oblitéré vient, par suite d'inflammation ou d'un simple accroissement de sécrétion, à se remplir de sérosité, il y aura un véritable kyste séreux. L'aspect, la forme extérieure, n'offrent pas de différence ; la consistance seule peut en présenter à une main exercée ; d'un autre côté, si au moment où cette tumeur reparait il y a des signes d'étranglement, comment ne pas croire à une hernie ? (Gely, thèse inaugurale, 1831.)

3° *Testicule descendu par l'anneau crural.* Une observation curieuse, publiée dans le journal de Corvisart, Boyer et Leroux, prouve qu'on peut confondre la hernie crurale avec le testicule descendu par l'anneau du même nom. Arnaud cite un fait semblable recueilli chez un officier auquel on faisait porter un bandage concave qui le faisait beaucoup souffrir. Il vint consulter Arnaud, qui, à l'aide de trois signes principaux, reconnut la maladie :

1° Il n'y avait point de testicule dans les bourses de ce côté, et il n'y en avait jamais eu ;

2° Cette tumeur avait entièrement la forme, la figure et la consistance du testicule ;

3° Enfin la douleur que ressentait le malade lorsqu'on comprimait la tumeur était en tout semblable à celle qu'il éprouvait lorsqu'on comprimait la tumeur du côté opposé. En pareil cas, il faudrait imiter la conduite de l'illustre praticien que je viens de citer.

4° *Anévrysme de la partie supérieure de l'artère fémorale.* Il semble impossible de confondre un anévrysme avec une hernie ; cependant les auteurs citent des méprises de ce genre. Ainsi Mayer, n'ayant pu réduire une tumeur qu'un paysan de 50 ans portait à l'aîne, et que ce praticien regardait comme une hernie, engagea le malade à se soumettre à l'opération. Après avoir divisé l'aponévrose fascia lata, l'opérateur vit le sang s'échapper par jet, et reconnut que la tumeur était un anévrysme. Arnaud dit qu'il a vu un anévrysme de la partie supérieure de l'artère fémorale, qu'on aurait pu confondre, pour la forme, avec une hernie fémorale. Mais la moindre attention suffit pour le diagnostic ; en effet, tumeur plus ou moins volumineuse, disparaissant quand on la comprime, pour reparaitre dès qu'on cesse la compression, offrant des battements isochrones aux pulsations artérielles, battements cessant quand on comprime au-dessus de la tumeur, devenant plus forts quand on comprime au-dessous d'elle. Ces battements ou pulsations sont accompagnés d'un mouvement d'expansion, etc.

5° *Abcès par congestion.* Un marin soulève un fardeau ; soudain paraît près de l'épine iliaque antéro-supérieure une tumeur grosse comme un œuf, à deux ou trois travers de doigt en dedans. Elle se réduisit en faisant entendre un gargouillement remarquable. Ce signe, le mode de formation de la tumeur, auraient pu faire croire que c'était une hernie. Le malade mourut en quatre jours d'une pneumonie violente. On trouva une carie superficielle de la dernière vertèbre des lombes et du sacrum ; du pus était accumulé sous le psoas. Ce marin n'avait jamais accusé de douleurs dans la région des lombes ; il venait de faire une campagne pendant laquelle il s'était bien porté. (Miriel, thèse de 1810, n° 77, p. 12.)

Petit a vu, dans deux cas, des abcès par congestion, situés au pli de la cuisse, disparaître momentanément, l'un par la pression, l'autre par le décubitus sur le dos. Cette circonstance serait bien plus propre que toute autre à induire en erreur ; car ce déplacement du pus dans l'abcès ressemble parfaitement à la réduction dans la

hernie. Il peut se faire que la situation, la toux, ou tout autre effort, déterminent dans l'abcès une augmentation de volume et une impulsion propres à favoriser la méprise (Boyer).

Mais, malgré les signes communs, il en est d'autres qui permettent d'éviter l'erreur : ainsi prenons pour type les abcès les plus communs, que M. Bouvier appelle *iléo-fémoraux*, parce qu'ils commencent par aboutir à la région iliaque et vont, en dernier lieu, occuper la région fémorale. Ces abcès, nés ordinairement de la portion lombaire de l'épine, se développent lentement et passent comme la hernie par trois degrés.

Premier degré. La collection n'est pas sensible à la vue ; aussi échappe-t-elle souvent au médecin. Il faut la rechercher avec soin, parce qu'elle est difficile à trouver : voici comment M. Bouvier s'y prend : il déprime la paroi abdominale avec les doigts au niveau de la fosse iliaque ; les muscles abdominaux se contractent et l'empêchent d'aller plus loin ; mais, usant de patience et saisissant le moment d'une inspiration, il enfonce les doigts et tombe sur une tumeur cylindrique, arrondie à son extrémité, et traversant obliquement la fosse iliaque interne. En disposant les doigts de chaque main transversalement à sa direction, il peut reconnaître la fluctuation ; dans ce premier degré, il y a une légère flexion de la cuisse du côté malade.

Deuxième degré. La tumeur devient volumineuse, remplit la fosse iliaque et descend jusqu'à l'arcade crurale. La palpation superficielle suffit pour la reconnaître. La cuisse est plus fléchie que dans le premier degré. Le pus, à partir de sa source, peut marcher dans deux directions et aller se collecter dans les deux fosses iliaques internes.

Troisième degré. La vue peut ici, jusqu'à un certain point, remplacer le toucher. Le pus a franchi l'arcade crurale et l'abcès est devenu fémoral ; c'est un abcès par congestion ; car on peut non-seu-

lement sentir la fluctuation dans la fosse iliaque, mais même renvoyer le flot de la cuisse dans la région de l'iléum.

Ces signes, avec quelques autres moins importants, tels que la douleur, l'attitude, l'état des mouvements, quelquefois la paralysie, ne permettent pas de confondre l'abcès par congestion avec la hernie crurale.

6° *Adénite*. Peut-on confondre une hernie crurale avec un ganglion engorgé? Si la hernie est réductible, assurément non.

Mais si elle est petite, irréductible, et formée, en partie ou en totalité, par l'épiploon, il peut y avoir méprise.

La cause, la marche, et les antécédents des deux maladies, ne sont plus les mêmes. L'adénite manque des caractères propres aux hernies; cependant, si on ne pouvait obtenir aucun renseignement, il faudrait se rappeler que la hernie est immobile près de son col, tandis que la tumeur ganglionnaire est quelquefois assez mobile pour qu'on puisse la faire mouvoir, et qu'on voie qu'elle n'a aucune communication avec l'ouverture qui donne généralement passage aux hernies.

7° *Varice du pli de l'aine*. La hernie et la varice ont des caractères assez tranchés pour les faire reconnaître, et, à moins d'être ignorant ou inattentif, on ne conçoit point qu'on puisse les confondre.

Cependant A. Cooper et M. N. Boinet ont été témoins de pareilles erreurs, et tout le monde connaît la méprise de ce charlatan, marchand d'orviétan, qui fit appliquer un bandage, qu'il vendit fort cher, sur une grosse varice de la saphène. Ce bandage causait des douleurs insupportables. J.-L. Petit reconnut l'erreur, à ce que la saphène formait un cordon recouvert d'une peau brune, et présentait une dilatation marquée au genou, et un état variqueux plus prononcé encore sur la malléole externe. Avec de l'attention, on évitera l'erreur.

Dans les cas douteux, on réduit la tumeur, on place le doigt sur l'anneau, et l'on fait tousser le malade : si la tumeur ne reparait pas, c'est une hernie ; si elle reparait, c'est une varice.

Mais M. Malgaigne regarde ce signe comme défectueux. Voici, pour lui, le signe pathognomonique qui permet de distinguer la hernie crurale de la varice crurale : au lieu de faire rentrer la tumeur, il faut presser sur l'anneau pour la maintenir au dehors. Si alors on saisit son pédicule, on sent dans la hernie une tumeur dure, résistante, tandis que, s'il s'agit d'une varice, la tumeur disparaît, car le sang, par suite de la pression, reflue dans les veines inférieures.

CAUSES DE LA HERNIE CRURALE.

Elles sont les mêmes que celles des autres hernies : elles sont de deux ordres, prédisposantes ou occasionnelles.

1° Causes prédisposantes.

Nous allons les examiner relativement au sexe, à l'âge, à l'hérédité, etc.

Sexe masculin. Arnaud disait que sur 100 hernies de l'aîne, il y en avait à peine une crurale chez l'homme.

Morgagni (*de Sed. et caus. morb.*, epist. XXXIV, p. 15) s'exprime ainsi : « Mihi ut verum fatear, nondum nisi in fœminis accidit ut eam viderem. »

Camper donne à entendre à peu près la même chose.

Hévin (*Pathol. et therap.*, p. 406) a opéré souvent cette espèce de hernie sur des femmes, et une fois seulement sur l'homme.

Sandifort et Walter n'ont vu, l'un et l'autre, qu'un seul cadavre qui en fût affecté.

Scarpa ne paraît pas en avoir observé plus d'un cas chez l'homme.

Il en a donné une description accompagnée d'une gravure, pl. VIII.

C'est bien peu, si on compare ce petit nombre aux proportions trouvées par M. le professeur J. Cloquet.

Sur 258 hernies du pli de l'aîne, il en a trouvé 55 crurales, ce qui élève la proportion à $\frac{1}{5}$ chez l'homme. Ce nombre est vraiment considérable ; mais il faut dire que cette statistique a été faite sur le cadavre et que rien n'échappait au scalpel de l'habile anatomiste.

M. Malgaigne, en 1835, au Bureau central, a trouvé une hernie crurale pour 32 inguinales ou $\frac{1}{32}$. A Bicêtre, il a trouvé la proportion de $\frac{1}{19}$ ou $\frac{1}{20}$. Ces deux résultats sont loin d'être égaux. Pour avoir la vérité, dit M. Malgaigne, il faut opérer sur un grand nombre de séries.

Aussi, comparant les statistiques de Mathey, d'Anvers, de Monnitoff, de la Société des bandagistes de Londres, de la nouvelle Société des bandagistes de Paris et de Tale, il conclut que la proportion des hernies crurales chez l'homme peut aller à 4 ou 5 pour 100 des hernies inguinales.

Sexe féminin. Les femmes sont plus sujettes à la hernie crurale que les hommes. Tout le monde est d'accord sur ce point.

Mais quelle est chez les femmes la proportion des hernies crurales par rapport aux inguinales ?

D'après M. J. Cloquet, sur 121 femmes affectées de hernies,

il y a 79 hernies crurales,
42 hernies inguinales.

Ces résultats ont été obtenus par le scalpel, et d'un autre côté, M. J. Cloquet n'a pas tenu compte des sujets, mais seulement des hernies.

M. Malgaigne, en 1840, a trouvé :

32 hernies inguinales pour 22 crurales, proportion, $\frac{2}{3}$.

A la Salpêtrière, il a obtenu les mêmes résultats, c'est-à-dire 54 hernies inguinales pour 35 crurales, proportion, $\frac{2}{3}$.

D'où il conclut que la proportion pour l'homme est de 5 pour 100, et chez la femme de 66 pour 100. Il est donc démontré, par ces résultats, que les hernies crurales sont chez la femme moins fréquentes que les hernies inguinales.

Influence de l'âge. La hernie crurale est rare avant l'âge de 20 ans.

M. Malgaigne n'en a vu que 2 exemples; A. Cooper, 3; M. Nivet, 5. Un exemple de hernie crurale congénitale a été montré par M. Depaul, à la Société anatomique, sur un fœtus de 2 mois et demi (*Bulletin de la Société anatomique*, 1842, p. 208).

La hernie crurale est la hernie de l'âge majeur. C'est ce qui la distingue de la hernie inguinale, car passé l'âge de 20 ans, les hernies inguinales et crurales suivent indifféremment les progrès de l'âge.

On sait que les hernies inguinales sont plus fréquentes à droite qu'à gauche, ce que M. le professeur J. Cloquet explique par le plus grand nombre d'individus qui agissent du côté droit. Cette proposition est aussi vraie pour la hernie crurale, qui est plus fréquente à droite qu'à gauche.

Selon M. Malgaigne, le ventre plat semble prédisposer à la hernie crurale (*Monit. des hôpit.*).

Quant à la largeur du bassin chez la femme, invoquée par un grand nombre d'auteurs comme cause prédisposante, elle n'est pas prouvée.

Influence de la grossesse. On a dit que la grossesse, en éraillant les anneaux, prédisposait aux hernies crurales. M. Malgaigne a fait voir que la grossesse ne déterminait pas plus souvent des hernies inguinales que crurales, et que ces dernières apparaissent à une époque fort éloignée des dernières couches. Si, dans un certain nombre de cas, on voit la hernie arriver à la suite des couches, déterminée probablement par les efforts que nécessite l'accouchement, on voit, par contre, un assez grand nombre de hernies qui se sont montrées

chez des femmes qui n'avaient jamais eu d'enfants (Nélaton, *Étém. de pathol. chirurgic.*, t. IV). A. Cooper semble attribuer à la grossesse une influence salutaire sur la hernie : « Lors du développement de l'utérus, dit-il, durant la gestation, la hernie crurale disparaît généralement. »

Causes occasionnelles.

Elles sont les mêmes que pour les autres hernies. Le plus ordinairement, la hernie est produite après des efforts plus ou moins violents pour soulever ou porter de lourdes charges ; quelquefois à la suite d'efforts dans l'acte de crier, de tousser ; lors de l'accouchement, dans les efforts du travail ; mais, dans ce dernier cas, il se produit encore plus de hernies inguinales que de crurales. On l'a vue survenir à la suite de chutes, de coups sur le ventre ; quelquefois elle vient spontanément, sans cause connue.

La hernie crurale, comme les autres espèces de hernies, peut être héréditaire, et, comme la hernie inguinale, elle prédispose à une seconde hernie du côté opposé. M. Malgaigne, qui le premier a appelé l'attention sur cette singulière prédisposition qu'entraîne une première hernie et qui en amène une seconde, a donné à cette dernière le nom de *hernie secondaire*. Mais il en doit être de la hernie crurale comme pour la hernie inguinale, et lorsqu'elle est bien ou du moins assez bien contenue, la hernie secondaire ne doit point se produire.

PRONOSTIC.

La nature est plus puissante que l'art pour guérir la hernie crurale ; en effet, un bon nombre de hernies crurales guérissent par ses seuls efforts. M. le professeur Nélaton, à l'hospice de Bicêtre, a fréquemment rencontré, en examinant le péritoine d'un certain

nombre de vieillards, un petit stigmate situé précisément à l'endroit où la hernie aurait dû sortir. Au-dessous de ce stigmate, il a trouvé une masse plus ou moins volumineuse de tissu graisseux ; et au centre de ce tissu, un petit sac, incapable à loger un pois, qui était tapissé par une membrane séreuse. Il est évident, d'après cette constatation, que, la hernie une fois réduite, le sac est revenu peu à peu sur lui-même ; son ouverture dans le péritoine s'est rétrécie au point de permettre à peine l'entrée du stylet, et sa cavité s'est presque complètement effacée.

D'après ce qui précède, on pourrait croire qu'en aidant la nature, on arrivera facilement à guérir la hernie crurale ; mais il n'en est pas ainsi, car il est impossible de maintenir la hernie réduite. Voici les principales raisons qui s'y opposent : lorsque l'on applique un bandage, la pelote porte assez bien sur le canal crural, mais non sur l'orifice d'entrée. L'anneau crural est figuré par le ligament de Fallope : or la pelote est dirigée dans un sens opposé à celui de ce ligament, elle est donc sans action sur lui. Du reste, on ne peut pas appuyer sur le ligament de Fallope de manière à l'appliquer contre le pubis, plusieurs circonstances s'y opposent ; car :

1° On comprimerait complètement la veine et l'artère, ainsi que le nerf crural ;

2° Il faudrait effacer la saillie des muscles psoas et iliaque, et ces muscles s'érigent quand ils sont comprimés ;

3° Le ligament de Poupart est tendu comme la corde d'un arc, et il ne se laisserait pas abaisser de manière à aller jusqu'au pubis.

En comprimant le canal crural, tout ce qu'on peut faire est donc de maintenir la hernie incomplètement réduite, et cela dans les circonstances les plus favorables, même pendant le séjour au lit.

La difficulté devient encore bien plus grande dans les circonstances ordinaires de la vie, lorsque le malade marche, s'assied, se baisse, travaille, lève la jambe, etc. En effet, en supposant la pelote large de trois doigts seulement, aussitôt que le malade fléchit la cuisse, elle cesse de presser sur l'anneau crural. Il est vrai que la

flexion de la cuisse empêche un peu la hernie de sortir ; mais, malgré cela, il y a une grande lacune, d'autant que, lorsque le malade cesse de fléchir la cuisse, la pelote ne lui succède pas immédiatement ; en outre, à mesure qu'il élève la cuisse, la pelote remonte en entraînant le ressort avec elle, de telle sorte qu'elle finit par n'être plus du tout en face de l'anneau.

Outre ces difficultés, tenant à la contention de la hernie, il en est d'autres relatives à sa réduction.

« Il est possible, dit M. Malgaigne, avec le temps bien entendu, de faire rentrer les hernies inguinales les plus volumineuses ; il n'en est pas de même pour les hernies crurales, et lorsqu'elles sont grosses comme un œuf, il ne faut plus espérer la réduction. »

Il en résulte donc, toutes choses égales d'ailleurs, que le pronostic de la hernie crurale est plus grave que celui de la hernie inguinale ; car elle est toujours assez mal contenue, difficile à réduire lorsqu'elle est petite, et complètement irréductible lorsqu'elle est volumineuse ; elle s'étrangle très-souvent, et elle a des conséquences plus rapidement fâcheuses que la hernie inguinale.

TRAITEMENT.

Il consiste d'abord à réduire la tumeur, ensuite à la maintenir réduite.

L'opération qui consiste à réduire la tumeur porte le nom de *taxis*.

Taxis. Pour pratiquer le taxis, il faut mettre les parties qui concourent à former l'anneau crural dans le plus grand relâchement possible ; pour cela, on fait coucher le malade sur le dos, la tête et la partie supérieure du tronc soulevées par des oreillers, les cuisses fléchies à angle droit et rapprochées l'une de l'autre, afin de relâcher l'aponévrose du fascia lata et l'arcade crurale, à laquelle s'attache cette bandelette.

Ces précautions prises, on procède au taxis.

Si la tumeur est peu volumineuse et encore contenue dans le canal, une pression légère, exécutée de bas en haut et un peu de dedans en dehors, suffit pour la réduire.

Lorsque la hernie est complète et placée au niveau, ou même un peu au-dessus du ligament de Fallope, il faut d'abord l'abaisser au niveau de l'orifice du fascia crebriformis, qu'elle a franchi, la comprimer un peu d'avant en arrière, comme pour l'enfoncer dans la cuisse, puis terminer la réduction, en la repoussant de bas en haut et un peu de dedans en dehors, pour la faire rentrer dans l'abdomen.

Contention. La pelote du bandage doit être inclinée de bas en haut et un peu de dedans en dehors; elle ne doit pas avoir beaucoup de largeur, car elle gênerait les mouvements et serait à chaque instant dérangée pendant la marche (Nélaton). Le bandage doit toujours être porté, parce que les hernies crurales sont très-sujettes à récidiver. Scarpa dit qu'il ne connaît aucun exemple de hernie fémorale, quelque petite et récente qu'elle fût, qui n'ait reparu après le bandage enlevé, quoiqu'on l'eût maintenu appliqué pendant longtemps et sans interruption.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES.

Physique. — De l'élasticité des artères, considérée comme servant de réservoir de compression pour rendre le mouvement du sang continu.

Chimie. — Des caractères distinctifs des sels de fer.

Pharmacie. — Des préparations pharmaceutiques qui ont pour base la fleur et la feuille d'oranger, et les diverses parties des fruits des hespéridées.

Histoire naturelle. — Énumérer les caractères généraux des baumes naturels, et indiquer l'origine et les propriétés de ceux qu'on emploie le plus communément en médecine.

Anatomie. — Des anastomoses du nerf facial après sa sortie du trou stylo-mastoïdien.

Physiologie. — Y a-t-il des gaz contenus dans le sang?

Pathologie interne. — Du ramollissement du cerveau.

Pathologie externe. — Du cal.

Pathologie générale. — Des altérations de composition du sang dans les maladies.

Anatomie pathologique. — De l'apoplexie de la protubérance et de la moelle épinière.

Accouchements. — Du vomissement pendant la grossesse.

Thérapeutique. — Le fer existe-t-il absorbé? Prouver cette absorption, si elle a lieu.

Médecine opératoire. — De la ligature de l'artère sous-clavière.

Médecine légale. — Des caractères cadavériques de la mort par inanition.

Hygiène. — Des climats, sous le rapport hygiénique.

Vu, bon à imprimer.

MALGAIGNE, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

CAYX.

